DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ

DU

PLACENTA

INSÉRÉ NORMALEMENT

PAR

Louis DUMARCET

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

DU

DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA

INSÉRÉ NORMALEMENT

INTRODUCTION

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré peut survenir à toutes les périodes de la grossesse, à partir du moment où le placenta est localisé. Nous ne nous occuperons ici que des cas de décollement survenant, soit dans les trois derniers mois de la grossesse, soit pendant le travail.

Il a été publié peu de travaux sur ce sujet et c'est à peine si l'on en parle dans les auteurs classiques. Nous croyons cependant que, par la gravité des symptômes qui les accompagnent ou qui les suivent, ces décollements méritent d'être étudiés minutieusement.

Leur étiologie et leur pathogénie, jusqu'à ces derniers temps, étaient restées fort obscures et parmi les nombreuses causes auxquelles on attribuait leur production, il n'en était pas qui fussent démontrées par de bonnes observations. Depuis quelques années, divers auteurs ont réuni un certain nombre de faits, étayés de preuves anatomiques, qui

prouvent l'existence longtemps niée de cette complication de la grossesse et du travail et en expliquent le mécanisme.

C'est sur l'étiologie et la pathogénie de cet accident que porteront principalement nos recherches. L'étude des observations que nous avons pu recueillir à la clinique Baudelocque, ainsi que de quelques autres publiées en France et à l'étranger, nous permettra de dégager quelques conclusions, tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de rendre hommage aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études et qui, avec tant de dévouement, nous ont initié aux principes d'une science qu'ils possèdent si parfaitement.

Nous adresserons tous nos remerciements à M. le Dr Périer, à M. le Dr Duguet et à M. le Dr Ollivier qui nous ont toujours témoigné tant de bienveillance, ainsi qu'à M. le Dr Gérard Marchant et à M. le Dr Besnier.

Nous n'oublierons pas de rendre hommage à M. le professeur Pinard qui, par son enseignement si clair et si précis, appuyé sur une grande expérience, a fixé notre jugement indécis sur tant de points délicats de l'obstétrique. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse ; il a bien voulu en outre nous faire l'honneur d'en accepter la présidence et nous avons à cœur de l'en remercier.

Nous adresserons aussi l'expression de notre gratitude à M. le Dr Varnier pour la complaisance sans bornes avec laquelle il nous a dirigé dans notre travail.

Historique.

Il est peu d'auteurs anciens qui se soient occupés des hémorrhagies internes survenant dans le cours de la grossesse, par suite d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Mauriceau est le premier, croyons-nous, qui ait admis formellement ces hémorrhagies. Dans son *Traité des maladies des femmes grosses*, il en rapporte plusieurs observations, mais elles sont trop incomplètes au double point de vue clinique et anatomique pour que nous puissions en tenir compte.

C'est Baudelocque (J. L.) qui, dans son *Traité de l'art des accouchements*, pose nettement la question en ces termes : « L'hémorrhagie qu'on désigne sous le nom de perte, est constamment la suite de la désunion accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice et peut se manifester indistinctement dans tous les temps de la grossesse. Cette hémorrhagie n'est pas toujours apparente. Si le sang le plus souvent se répand en dehors, quelquefois aussi il s'épanche derrière le placenta et y est retenu, tantôt par les fortes adhérences du bord de cette masse, ou par celles des membranes seulement avec la matrice et tantôt par la contraction naturelle du col de ce viscère même qui ne s'est pas encore entr'ouvert à l'époque où se fait cet épanchement : ce qui établit deux sortes de pertes utérines, l'une apparente et l'autre cachée. Tous les auteurs en ont fait cette

distinction : mais l'hémorrhagie cachée n'a pu mériter leur attention qu'autant qu'elle se manifestait après l'accouchement et bien peu, peut-être même aucuns, ne l'avaient considérée comme nous.

Si la structure de la matrice et la résistance que ses parois opposent constamment aux agents qui en opèrent le développement semblent porter à croire qu'il ne peut s'épancher beaucoup de sang derrière le placenta, l'observation, peu d'accord avec ces connaissances physiologiques, nous a prouvé plusieurs fois que ces sortes d'épanchements pouvaient devenir assez considérables pour influer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie et sur celle de son enfant ».

Baudelocque rapporte plusieurs observations relatives à cet accident et en décrit minutieusement les symptômes.

Malgré l'autorité de cet illustre accoucheur, plusieurs auteurs persistèrent à nier la possibilité de ces hémorrhagies.

Mme Lachappelle à leur sujet s'exprime ainsi : « J'ai dit que les violences extérieures ne pouvaient seules et par elles-mêmes décoller les secondines et cette assertion se trouve en contradiction formelle avec l'opinion générale. J'avoue que je ne crois pas à la possibilité de ce décollement lorsque le placenta occupe le fond de l'utérus ou les parois qui l'avoisinent ».

Après avoir cité un passage de Mme Boivin qui elle aussi repousse ce décollement, Mme Lachappelle ajoute : « Je ne puis admettre la possibilité d'une hémorrhagie interne pendant la grossesse et d'une accumulation de sang entre le placenta et l'utérus. Les faits de ce genre que les

auteurs ont rapportés ne sont pas concluants à mon avis ; et la théorie du caillot lenticulaire qui décolle peu à peu le placenta du centre à la circonférence est évidemment de pure spéculation. Je ne puis croire que la matrice soit assez extensible pour se laisser amplifier aussi brusquement qu'on dit l'avoir vu, et moi-même je n'ai observé aucun cas analogue ».

Quelques années plus tard Baudelocque (C. A.), dans son *Traité des hémorrhagies internes de l'utérus*, rapporte une observation d'hémorrhagie rétro-placentaire. Ce cas est celui d'une femme arrivée au huitième mois de sa grossesse, qui depuis quelques jours éprouvait de violentes quintes de toux et de la fièvre. Elle fut prise de douleurs et tomba dans un état alarmant. Delaforterie appelé n'arriva qu'après la mort; il pratiqua l'opération césarienne. « Ayant ouvert le fond de la matrice avec précaution, il en sortit un flot de sang noir, non coagulé, que l'on estima à trois chopines au moins, ce qui donna lieu de reconnaître un grand vide entre le placenta et le fond de la matrice : alors introduisant la main dans toute la circonférence de cette cavité, le chirurgien reconnut que les bords du placenta avaient conservé leurs adhérences naturelles avec l'utérus. Le fond de cet organe était sans rupture ; l'enfant vivait encore, mais il périt bientôt. Le vagin ne contenait aucune trace de sang, pas même de glaires rougeâtres ; l'orifice de la matrice paraissait peu dilaté ».

D'après (C. A.) Baudelocque cette observation prouverait jusqu'à l'évidence l'existence de ces décollements prématurés du placenta normalement inséré ; nous ne partageons pas cette opinion.

Gendrin à son tour les admet sans conteste et en cite plusieurs observations qui ne sauraient entraîner la conviction.

D'après Jacquemier : « Tantôt le sang versé par les vaisseaux utéro-placentaires divisés s'accumule dans la cavité utérine derrière le placenta et la caduque sans s'échapper au dehors, tantôt il se fraie rapidement une voie jusqu'à l'orifice de la matrice ; il en résulte deux formes ou deux variétés d'hémorrhagie utérine, l'une interne ou latente, l'autre externe ou apparente. Celle-ci reconnaît deux variétés : dans l'une l'hémorrhagie est indépendante du lieu d'insertion du placenta ; l'autre dépend de son insertion sur le col utérin ou dans son voisinage ».

Jacquemier en cite plusieurs observations empruntées à divers auteurs tels que Gendrin, Baudelocque, etc. ; mais il n'en apporte pas de personnelles.

En 1860 Braxton Hicks parvient à en réunir 23 cas et Goodel en 1869 fait paraître un travail dans lequel il en relate 106 observations.

Le Dr Pilat en 1874 et Brunton en 1875 publient à leur tour des travaux sur ce sujet et citent des observations à l'appui de leur dire.

Il semblerait qu'après une pareille série d'observations publiées par des gens aussi dignes de foi, il ne pût rester aucun doute sur l'existence des décollements prématurés du placenta, et cependant en 1878 Stolz nie encore leur existence en ces termes : « On a parlé aussi d'hémorrhagie utérine interne dans laquelle le sang s'accumulerait entre la matrice et le placenta en refoulant celui-ci en forme d'en-

tonnoir. Ceci est de la théorie pure que la pratique n'a plus confirmée depuis Baudelocque ».

Ces paroles se trouvent réfutées victorieusement par trois observations rapportées en 1885 par Winter et dont il a pu être témoin en peu de temps.

De plus, cet auteur a publié en 1889, avec planches à l'appui, une observation qu'il avait recueillie en 1881. Cette planche représente la coupe après congélation de l'utérus d'une primipare morte au début de la période d'effacement.

En 1891 Mme Henry, dans les *Annales de gynécologie*, en a rapporté plusieurs cas.

Enfin MM. Pinard et Varnier viennent de publier sur ce sujet une coupe jusqu'à présent unique dans la science, et dont ils ont bien voulu nous permettre de reproduire un schéma dans ce travail.

EXPOSÉ CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Observation I (résumée). — *Décollement du placenta à 8 mois.* — *Albuminurie.* — *Fœtus mort et macéré* (Winter).

X... domestique, 40 ans, primipare, entrée à l'hôpital le 30 juillet 1884.

Grossesse de 8 mois. Depuis six semaines œdème des jambes, nausées, céphalalgie.

Il y a 12 heures, la malade a commencé à ressentir de violentes douleurs abdominales et lombaires. En même temps légère hémorrhagie. Depuis ce moment les mouvements du fœtus ont cessé de se faire sentir.

Au moment de l'entrée dans le service il s'était produit une élévation de l'utérus. Il dépasse maintenant d'un travers de main l'espace qu'il devrait occuper, étant donné l'âge de la grossesse : l'utérus est dur ; c'est à peine si à travers ses parois on peut sentir les parties fœtales. Les battements du cœur ne sont pas perceptibles.

Douleurs continues avec exacerbations revenant régulièrement. Le col est mou, entr'ouvert : le canal cervical et l'orifice interne ne sont pas perméables. Œdème modéré de la face, des mains, de l'abdomen et des membres inférieurs. En outre tout le corps est recouvert de pétéchies de dimensions variables : la peau présente une légère teinte jaunâtre.

Les urines sont claires, peu abondantes et renferment une grande quantité d'albumine. Au microscope on n'y trouve pas d'éléments figurés.

Le travail continue lentement et l'hémorrhagie prend des proportions telles que l'on doit à plusieurs reprises pratiquer le tamponnement : l'utérus augmente encore de volume et de tension.

Dix heures après l'entrée de la malade l'orifice interne s'est entr'ouvert, et on sent derrière lui la poche des eaux qui bombe fortement. Dès que l'orifice permet l'introduction de la main on fait la version. La rupture de la poche des eaux donne issue à un flot de liquide clair.

On extrait un petit fœtus présentant déjà des signes de macération : derrière la tête vient une masse de sang liquide et des caillots.

Le placenta est exprimé environ une demi-heure après : il est dans sa totalité aplati et aminci, sauf sur une zone de la largeur d'un doigt, occupant la moitié de sa périphérie, laquelle zone ne paraît pas altérée. Toute la partie aplatie est recouverte de caillots adhérents.

Après l'accouchement la patiente est modérément affaiblie.

Involution normale. Pendant les suites de couches, pas de nouvelle hémorrhagie à la peau et sur les muqueuses.

Le 10 août la malade sort de l'hôpital, ne présentant plus que quelques traces d'albumine dans les urines. Quant aux œdèmes, ils ont presque complètement disparu.

Dans cette observation le placenta n'a pas été suffisamment examiné. Il est bien dit qu'il présentait une énorme dépression, mais à cette époque Winter, tout en reconnaissant les rapports de l'albuminurie et du décollement prématuré du placenta, n'avait pas encore soupçonné l'origine de l'hémorrhagie.

On trouve déjà notés dans ce premier cas, la dureté anormale de l'utérus et la tension de la poche des eaux ; on y parle aussi du volume anormal du ventre ; mais ce dernier signe, observé dans de pareilles conditions, ne nous semble en rien démonstratif.

De plus, cette observation est intéressante en ce sens qu'elle montre l'effet produit par la thérapeutique. On voit en effet qu'après le tamponnement l'utérus augmenta en-

core de volume et de tension. C'est un fait sur lequel nous reviendrons, lorsque nous parlerons du traitement.

Observation II (résumée). — *Décollement du placenta à 8 mois. — Hydramnios. — Néphrite antérieure à la grossesse. fœtus mort* (Winter).

X... 26 ans, secondipare, grossesse de 8 mois. Depuis longtemps faiblesse générale (pâleur, céphalalgie, œdème des jambes ayant débuté avant la grossesse). Vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital, aurait ressenti en faisant son ménage des douleurs subites dans le ventre et aurait constaté une augmentation subite et notable du volume de l'abdomen. En même temps serait apparue une hémorrhagie peu abondante.

A son entrée, sa pâleur est frappante ; les membres inférieurs ainsi que le visage sont très œdématiés.

L'utérus est plus volumineux et plus tendu que normalement ; on ne peut sentir aucune partie fœtale. A l'auscultation pas de battements du cœur. Le col est entr'ouvert ; la poche des eaux bombe fortement : à travers le segment inférieur on sent un ballottement très net.

L'urine est rare, trouble, contient beaucoup d'albumine et de nombreux cylindres d'espèces différentes.

Le travail marche lentement ; l'écoulement sanguin continue, peu abondant ; à la rupture des membranes il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique (2.000 grammes environ). L'expulsion de l'enfant, qui était mort, est suivie d'une abondante quantité de sang liquide et coagulé. Délivrance spontanée quelques minutes après : le placenta est fortement aplati et couvert d'un coagulum sanguin fortement adhérent, sauf sur une zone étroite d'aspect normal.

Suites de couches normales. Trois semaines après l'accouchement la malade présentait la même pâleur des téguments, les mêmes œdèmes et la même quantité d'albumine qu'au moment de l'accouchement.

Nous pouvons faire au sujet de cette observation les mêmes remarques que nous avons faites à propos de la première. Pas plus que dans la précédente le diagnostic ne fut fait et le placenta ne fut pas suffisamment examiné. Les symptômes sont les mêmes ; l'augmentation du volume du ventre a aussi été notée, mais seulement d'après le dire de la malade.

Observation III (résumée) — *Décollement prématuré du placenta à 7 mois. — Albuminurie. — Fœtus mort* (Winter).

X.... primipare, entrée le 18 novembre 1884. Le commencement de la grossesse remonte à 7 mois. Cette femme, toujours bien portante auparavant, souffre depuis deux mois d'œdèmes de la face, des mains et des pieds ; ces œdèmes augmentent de plus en plus et la forcent à entrer à l'hôpital.

L'utérus a un développement normal. L'examen permet de reconnaître une présentation en O. I. G. A. Les battements du cœur s'entendent très bien et les mouvements actifs sont nettement perceptibles.

L'urine est peu abondante, de couleur foncée, sédimenteuse, et présente au microscope des cylindres hyalins, des débris de cellules et des épithéliums graisseux.

Deux jours après son entrée, la malade est prise brusquement d'une hémorrhagie : bientôt surviennent de violentes douleurs au niveau du sacrum et des vomissements. On constate en même temps que le volume de l'utérus a notablement augmenté : le fond de cet organe dépasse de deux à trois travers de doigt le point qu'il occupait avant l'hémorrhagie. Les battements du cœur cessent d'être perceptibles et le palper ne permet plus de sentir les parties fœtales.

L'écoulement sanguin continue assez abondant : la malade s'affaiblit notablement, le pouls devient plus petit. Le canal cervical s'entr'ouvre peu à peu sans que cependant il y ait des contractions bien nettes. La poche des eaux est flasque, ridée.

Le travail marche lentement : la poche des eaux se rompt spontanément et donne issue à 100 grammes ou plus de liquide amniotique. 18 heures après l'apparition des premiers accidents, la patiente expulse un fœtus mort derrière lequel sort une quantité de sang liquide et de caillots qu'on peut évaluer à un kilogramme environ.

Bientôt après le placenta est expulsé : il présente les mêmes altérations que dans les deux cas précédents.

L'utérus se contracte bien et l'hémorrhagie s'arrête. Involution normale. Le 30 novembre, jour de la sortie de la malade, l'œdème des jambes a presque complètement disparu ; les urines ne contiennent presque plus d'albumine.

Il faut arriver à cette observation pour prendre en considération le symptôme de l'augmentation brusque du ventre. Dans ce cas-ci elle fut observée à l'hôpital et coïncida avec le début de l'hémorrhagie. C'est donc un symptôme dont il faut tenir compte ; nous le retrouverons d'ailleurs noté dans plusieurs autres observations.

Winter relate que la poche des eaux était flasque et ridée et il explique ce fait par la quantité extraordinairement minime de liquide amniotique que contenait l'utérus. C'est la seule observation où la tension de la poche des eaux ait fait défaut.

Observation IV. — *Eclampsie. — Décollement du placenta. — Mort de la femme avant le travail* (Mme Henry, *Annales de gynécologie*, novembre 1891).

La nommée P... multipare, dixième grossesse, est amenée à la Maternité le 16 août 1886 à deux heures trente du matin. Elle a eu chez elle 8 accès d'éclampsie. Son mari la fait transporter à l'hôpital où elle arrive souillée de sang sur toute la surface du corps.

Le cou et la poitrine sont le siège de caillots provenant de l'application de sangsues dans les régions mastoïdiennes. Par les organes génitaux, cette femme perd aussi des caillots ; son mari dit que l'hémorrhagie se continue depuis la veille, 10 heures du soir.

Cette malade est très affaiblie, d'une pâleur extrême ; son pouls est à peine perçu à la radiale ; il bat 140 fois par minute ; la température est à 36°6.

L'examen obstétrical permet de constater que la tête est à l'hypogastre, le dos à gauche, l'extrémité pelvienne au fond de l'utérus. Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. Le diagnostic d'hémorrhagie interne n'est pas fait.

Femme non en travail. Sommet. Col court, ouvert et ferme. Membranes entières. Urine très albumineuse.

Mme Henry sent en arrière de l'orifice un relief ressemblant à un point du bord placentaire ; elle rompt les membranes parce que cette femme continue à perdre du sang et la tête vient appuyer sur l'orifice. L'hémorrhagie s'arrête. De temps en temps, on fait des injections vaginales à 48° avec de l'eau boriquée. La patiente ne perd plus ; mais à 4 heures 30 du matin elle devient plus pâle encore et sa respiration s'accélère. Du sang s'accumule évidemment derrière la tête puisqu'il ne s'en écoule pas au dehors.

L'état d'affaiblissement s'accentue malgré de nombreuses injections hypodermiques d'éther et à 5 heures du matin, cette femme meurt sans avoir repris connaissance, 2 heures 1/2 après son entrée dans la maison.

Autopsie. — Le placenta inséré au fond de l'utérus et à gauche est décollé dans une certaine étendue et du sang coagulé, en très grande quantité accumulé entre l'œuf et la surface interne de l'utérus, a refoulé les membranes.

Le placenta était inséré loin de l'orifice et ce que Mme Henry avait pris pour un bord placentaire était un relief formé par un caillot arrêté à cet endroit ; les membranes étaient adhérentes au-dessous du caillot.

Mère et enfant morts.

Nous voyons dans cette observation que le diagnostic qui fut fait est celui d'insertion vicieuse du placenta. Cette erreur était constamment commise à cette époque ; ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on trouva le placenta inséré au fond de l'utérus.

Cette observation est incomplète au point de vue anatomique, car le placenta n'a pas été examiné, le caillot n'a pas été pesé et l'étendue du décollement n'est pas spécifiée. On peut y voir cependant, qu'après la rupture artificielle des membranes l'hémorrhagie s'est arrêtée, et on peut admettre que la mort de la femme est due, soit à la quantité de sang perdue avant toute intervention, soit aux attaques d'éclampsie.

Observation V. — *Albuminurie. — Hémorrhagie 5 heures avant l'accouchement. — Hémorrhagie légère après l'accouchement. — Hémorrhagie abondante après la délivrance.* — (*Archives du service d'accouchements de l'Hôpital Lariboisière*).

La nommée V... est entrée le 2 octobre 1886 à l'Hôpital Lariboisière.

Elle n'a pas d'antécédents pathologiques héréditaires. Elle n'a pas eu de maladies dans l'enfance. Réglée à 18 ans. Elle tousse toujours un peu et est très anémique. Elle a eu ses dernières règles le 17 décembre 1885 ; elle n'a jamais eu d'hémorrhagie et n'offre pas trace d'œdèmes ; les urines contiennent cependant une notable quantité d'albumine.

Le 2 octobre, à minuit, les douleurs ont commencé à se faire sentir. A 7 heures du matin la femme perd du sang en quantité considérable et des caillots volumineux ; c'est alors qu'elle arrive à l'hôpital.

L'enfant se présente par le sommet. On n'entend plus les battements du cœur.

On fait des injections vaginales très chaudes ; l'hémorrhagie s'arrête momentanément. Vers 9 heures, l'hémorrhagie se reproduisant, M. Pinard fait rompre les membranes. L'hémorrhagie s'arrête.

A midi la dilatation est complète et à midi et demi l'accouchement se fait spontanément ; la femme expulse un enfant mort pesant 2650 grammes. Après l'accouchement il se fait une légère perte de sang. On donne à la malade des injections vaginales chaudes ; la délivrance spontanée a lieu à midi quarante. Une hémorrhagie abondante se produit et dure une demi-heure environ ; on fait une injection intra-utérine chaude à 50° que l'on continue jusqu'à l'arrêt complet du liquide sanguin.

Placenta. — Le placenta présente une teinte légèrement verdâtre. Il est couvert à la périphérie de caillots fibrineux et offre une légère dépression centrale.

Il présente en différents points des portions de coloration grisâtre et de différents volumes. On trouve disséminés à sa surface des noyaux, variables d'épaisseur, allant de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette. La portion du placenta attenante au point où les membranes ont leur moins de longueur est couverte de sang coagulé et paraît être la partie qui a été décollée.

Il existe, presque au centre, une dépression de forme triangulaire, présentant environ trois centimètres suivant les bords. Au niveau de cette dépression le placenta présente une épaisseur de trois à quatre millimètres environ. Dans les parties avoisinantes l'épaisseur atteint un centimètre et demi en moyenne.

Les membranes mesurent 17/30.

7 octobre. — Plus d'albumine, alimentation ordinaire, la femme est bien portante le 11 octobre.

Dans cette observation, le diagnostic vrai n'avait pas été fait, et cela s'explique lorsqu'on remarque qu'il n'y est fait mention d'aucun des symptômes relatés dans les observations précédentes. On pensait évidemment à une inser-

tion vicieuse du placenta, mais la mensuration des membranes, 17/30, a montré qu'il n'en était pas ainsi.

L'examen du placenta n'a pas été suffisant ; on y note cependant la présence de noyaux hémorrhagiques.

On peut voir encore ici que l'hémorrhagie s'est arrêtée immédiatement après la rupture artificielle des membranes.

Observation VI. — *Hémorrhagie mixte. — Femme albuminurique. — Accouchement spontané, à terme. — Enfant macéré* (Mme Henry, *Annales de gynécologie*, novembre 1891).

La nommée H... est amenée à la Maternité le 12 avril 1888 à six heures du soir dans un état assez grave. Elle perd du sang depuis dix heures du matin ; elle est pâle, ses lèvres sont décolorées. Mme Henry examine cette femme et pense d'abord, en voyant le développement irrégulier de l'utérus et l'écoulement d'un sang sirupeux par les voies génitales, que cette femme a une rupture utérine.

L'utérus est très développé ; ses parois tendues et pâteuses empêchent de distinguer aucune partie fœtale.

Dans le but d'amener l'assouplissement du col et de mettre fin à l'écoulement sanguin, Mme Henry fait faire des injections à l'eau bouillie et à 48°.

L'auscultation est nulle. Le col est long, ouvert dans toute son étendue. Les membranes sont entières ; le sommet est élevé ; les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

Le travail se déclare ; la dilatation se fait progressivement et à 1 h. 45 du matin elle est complète ou à peu près.

Les membranes se rompent spontanément et l'expulsion du fœtus a lieu en quelques contractions seulement.

L'enfant était macéré, à terme, du poids de 3080 grammes. La délivrance est naturelle ; derrière le placenta on trouve d'énormes caillots noirâtres pesant 1030 grammes. Le placenta est décoloré. L'enfant était mort.

La mère sort de l'hôpital en bon état. Cette femme était accou-

chée huit fois spontanément d'enfants vivants et une fois à l'aide d'une version pelvienne par manœuvres internes.

Mme Henry parle de l'empâtement de l'utérus ; c'est la seule de nos observations où cet empâtement ait été noté ; dans toutes les autres on a trouvé une dureté ligneuse.

Pas plus que dans les précédentes observations, le diagnostic ne fut fait, ni le placenta suffisamment examiné.

Observation VII (résumée). — *Décollement prématuré du placenta. — Femme éclamptique morte à l'hôpital* (Winter). (Observation publiée en 1889).

Le 21 février 1881 à 5 h. 30 du matin est apportée à la clinique une primipare de 27 ans éclamptique. Cette femme a eu ses dernières règles le 15 juillet 1880 ; elle a une bonne santé habituelle. Il y a deux jours elle a ressenti des troubles de la vue, puis elle a eu de la céphalée et des nausées. Vingt-quatre heures après ces prodromes sont survenus des accès éclamptiques qui se sont reproduits plusieurs fois.

La patiente a un peu d'œdème des membres inférieurs, du visage et des paupières. L'urine est peu abondante, brune, très riche en albumine.

L'abdomen est régulièrement développé ; le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les bruits du cœur s'entendent à gauche de la ligne blanche, au nombre de 128 par minute.

Au toucher on trouve le col conservé sur une longueur de un centimètre. L'orifice externe et tout le canal cervical sont perméables au doigt.

La poche des eaux est encore intacte ; on y sent une partie qu'il est difficile de reconnaître par l'examen fait avec ménagement. De temps en temps, par le palper on sent nettement des contractions ; la malade est sans connaissance et ne réagit à aucune excitation.

Dans la clinique, elle eut encore trois accès ; on la soumit à l'influence continue des narcotiques pendant dix heures. Aucun accès ne s'étant reproduit, on cesse et la connaissance paraît revenir un peu ; la patiente répond, demande à boire, urine spontanément et dort ensuite tranquillement avec un pouls régulier battant 70 fois par minute; elle a en somme l'apparence d'une convalescente d'éclampsie.

Pendant ce temps des contractions faibles se produisent, l'accouchement n'avance pas sensiblement.

Subitement à 7 heures du matin, la respiration s'arrête pendant que le pouls reste encore bon ; mais bientôt ce dernier devient plus faible et sans qu'une nouvelle respiration spontanée survienne, la patiente meurt, et cela dix minutes après le début des accidents.

L'examen du cadavre avant l'autopsie montre que : le fond de l'utérus dépasse, sur la ligne médiane, l'ombilic de trois travers de doigt et est juste médian.

La portion vaginale du col est profondément située ; l'orifice externe est un peu boursouflé et laisse pénétrer aisément le doigt. La poche des eaux est intacte. L'orifice interne ne se laisse pas nettement sentir ; le col paraît complètement effacé.

L'enfant se présente par le siège et ce dernier est encore au-dessus du détroit supérieur.

Description de la coupe. — La coupe ne suit pas très exactement la ligne médiane, mais elle passe par hasard au milieu du promontoire Pr.

En avant elle passe à 7 millimètres à droite de la ligne médiane par la branche horizontale du pubis Sy. En arrière elle passe exactement par le milieu du promontoire et au-dessus s'écarte un peu à gauche.

Le canal vertébral est ouvert jusqu'à la partie inférieure du sacrum et ses cinq vertèbres sont dans la coupe, tandis que le coccyx est resté à droite de celle-ci.

Malgré les précautions prises, l'utérus est descendu dans le bassin, de telle sorte que l'insertion tubaire n'est plus qu'à 0, 20 centimètres du bord supérieur de la symphyse et en outre il s'est un peu

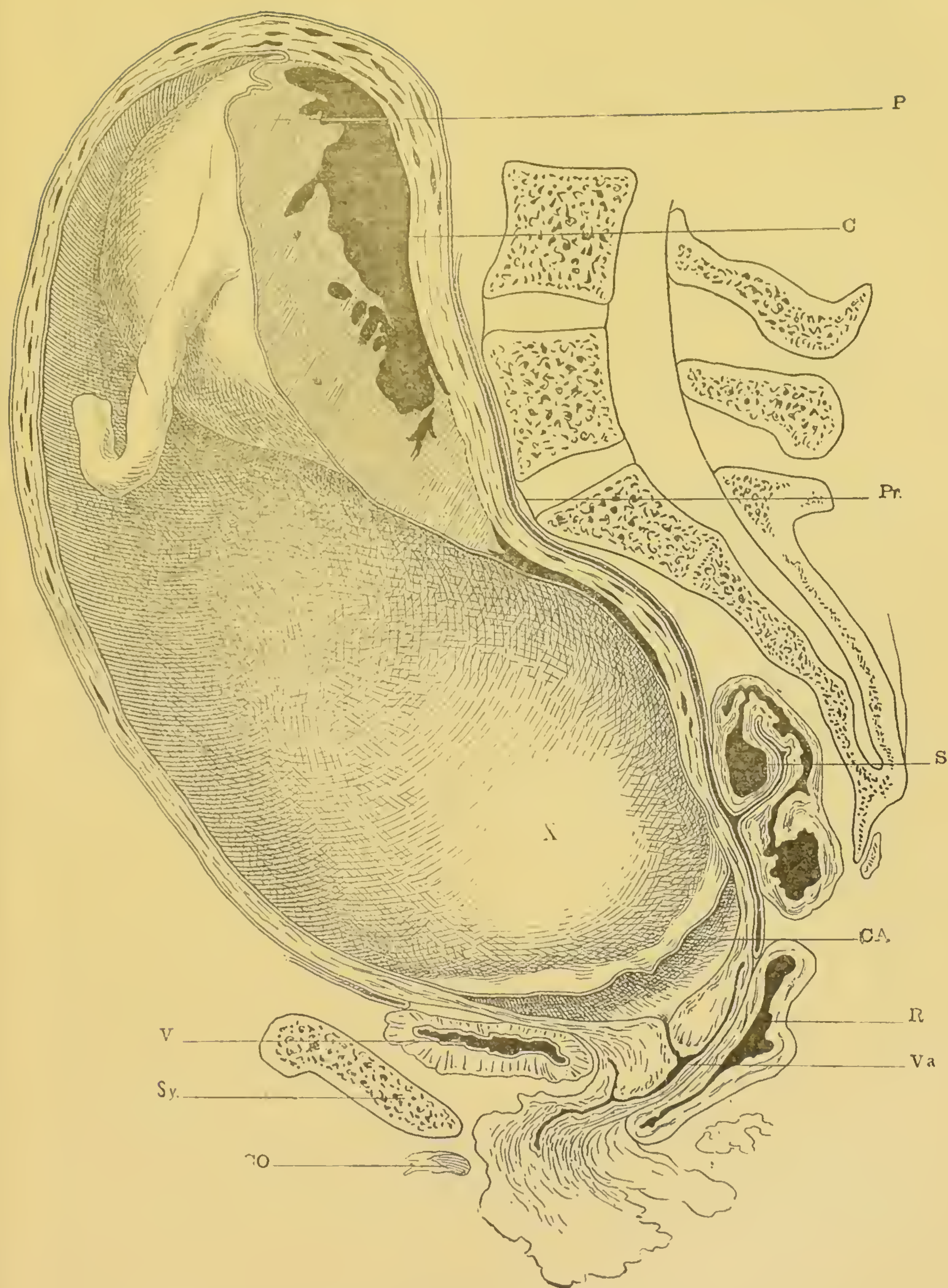


Fig. 1.

couché sur la colonne vertébrale, de sorte qu'il s'est fait une légère rétroversion de l'utérus.

La plus grande longueur du fond de la cavité utérine à la partie supérieure de la portion du canal cervical non encore effacée est de 25 centimètres.

Le revêtement péritonéal entoure tout l'utérus et s'étend en avant jusqu'au bord supérieur de la vessie V. En arrière, il va exactement jusqu'à la partie supérieure du cul-de-sac postérieur du vagin.

Au fond l'épaisseur de la paroi utérine atteint 7 millimètres.

La paroi antérieure mesure en haut 6 millimètres et au milieu 5 millimètres. Au point le plus aminci du segment inférieur elle n'a que 2 millimètres.

La paroi postérieure mesure 8 millimètres au niveau du bord supérieur du placenta P ; elle atteint sa plus grande épaisseur, soit 1 centimètre, au milieu de celui-ci et retombe à 7 millimètres au niveau du bord inférieur du placenta. Au point le plus mince du segment inférieur, son épaisseur n'est que de 3 millimètres.

L'adhérence lâche du péritoine en avant commence à 8 centimètres et en arrière à 6 centimètres au-dessus de l'extrémité supérieure de la portion encore conservée du canal cervical.

Cette limite de l'adhérence du péritoine correspond en avant au bord supérieur de la symphyse Sy et en arrière à l'union de la 3e et de la 4e vertèbres sacrées.

Le canal cervical est compris dans la coupe dans toute sa longueur.

La lèvre antérieure est encore en partie conservée et infléchie presque à angle droit, tandis que la lèvre postérieure ne concourt plus à la formation du canal cervical que par une partie de 1 centimètre de long environ.

L'effacement est beaucoup plus avancé en arrière qu'en avant.

Les membranes revêtent l'utérus et sont exactement appliquées à la paroi interne ; mais dans le segment inférieur elles sont déjà en partie décollées par le déplacement de l'œuf et par le retrait de la paroi utérine.

Le décollement commence en avant à 6 centimètres de la partie supérieure du canal cervical non encore effacée et à 4 centimètres

de l'orifice interne ; en arrière à 5 centimètres de la partie supérieure du col non encore ouvert et à un centimètre de l'orifice interne. La ligne du décollement court dans la moitié droite de l'utérus, en offrant une légère convexité supérieure.

L'amnios existe encore et suit d'abord exactement les contours du segment inférieur, puis il s'applique à la face interne du col effacé.

Le chorion s'est déjà déchiré et s'est en partie retiré. En avant il est encore uni à l'amnios dans une étendue de 2 centimètres ; en arrière dans une étendue de 5 centimètres, puis il se sépare de lui et se retire, de telle façon que la déchirure se voit en dehors du plan médian à 1 ou 2 centimètres au-dessous de l'amnios.

Dans la partie inférieure de l'utérus apparaît à travers les membranes et au-dessous d'elles, une mince couche X formée de sang coagulé, qui dans la coupe apparaît comme un caillot sanguin plat entre les membranes et la paroi utérine. Ce sang vient du placenta P et a séparé les membranes de la paroi dans une étendue d'environ 6 centimètres.

Le placenta P occupe la paroi postérieure et empiète dans la moitié droite ; il est fortement repoussé en bosse dans la cavité utérine, principalement au voisinage de l'insertion du cordon ; dans les parties latérales de la moitié droite de l'utérus il est poussé jusqu'au contact avec la paroi antérieure. Au dehors, l'utérus en cet endroit n'est pas repoussé et a conservé ses contours normaux.

Le placenta est, dans la plus grande partie, séparé de la paroi utérine par une hémorrhagie C ; à la périphérie supérieure il est décollé presque jusqu'au reploiement des membranes, tandis qu'en bas 4 centimètres environ adhèrent encore à la paroi utérine. La surface utérine du placenta est devenue, par suite du sang qui y est attaché, une surface un peu inégale.

La coupe du placenta est presque exactement centrale. Pour étudier l'extension de l'hématome rétro-placentaire, j'ai fait à cette place plusieurs coupes parallèles et horizontales. De leur examen il résulte que dans le plan de la coupe médiane qui passe près du bord gauche du placenta, la plus grande partie du placenta est dé-

collée et que 3 centimètres seulement en bas adhèrent à la paroi utérine.



Fig. 2.

L'hématome a à cet endroit une forme étendue en long. Vers le milieu du placenta il prend une forme plus ronde et devient juste central. Dans le voisinage de l'insertion placentaire où le placenta est le plus bombé, il y a en haut et en bas également, un grand circuit du placenta encore adhérent, tandis que l'hématome qui est

central mesure là 4 centimètres d'épaisseur et 5 centimètres de long. Un peu plus loin, vers la moitié droite, s'avance, vers le tissu placentaire lui-même, un rameau de l'hématome qui atteint presque la face fœtale du placenta ; c'est là que l'hémorrhagie a son plus grand développement.

L'hémorrhagie, à la périphérie droite du placenta et en haut, arrive immédiatement au bord ; plus loin, par en bas, le bord du placenta est encore adhérent. Le débordement sanguin sous les membranes doit venir de la périphérie droite, car là seulement, l'épanchement sanguin décolle le bord du placenta.

Nous avons tenu à rapporter cette observation en entier, car elle montre bien : 1° le décollement du placenta normalement inséré ; 2° la coexistence de cette lésion avec l'éclampsie ; 3° le mode de production de ce décollement, qui n'est que l'extension à la caduque sérotine d'une hémorrhagie d'abord limitée, intra-placentaire.

C'est la première fois que l'examen du placenta, minutieusement fait, ait permis de reconnaître l'origine de l'hémorrhagie ; à partir de cette époque, l'attention étant portée sur ce point, la source de l'hémorrhagie, bien visible, a été notée dans plusieurs observations.

OBSERVATION VIII. — *Accouchement prématuré. — Hémorrhagie. — Albumine dans les urines* (due à l'obligeance de M. le Dr VARNIER).

La nommée S... âgée de 20 ans, est entrée le 22 février 1891 à la clinique Baudelocque. C'est une primipare qui a eu ses dernières règles le 25 juin 1890. Dans les derniers mois de sa grossesse elle a eu des épistaxis.

Cette femme se présente avec une chemise absolument inondée de sang. Elle paraît en effet en avoir perdu une quantité considérable, car elle a le facies décoloré.

Son urine contient une notable quantité d'albumine. Les membres inférieurs sont légèrement œdématiés.

L'utérus est dévié à droite et présente une consistance ligneuse. La tension des parois est assez considérable. L'enfant se présente par le sommet en gauche transversale ; à l'auscultation on n'entend pas les bruits du cœur.

La dilatation du col est de la dimension d'une pièce de 2 francs environ ; l'utérus est tendu. Par le toucher on ne sent pas le placenta.

M. Varnier pratique la rupture artificielle des membranes, et l'hémorrhagie s'arrête immédiatement ; l'expulsion du fœtus a lieu à midi le 22 février 1891.

L'enfant est mort ; il pèse 1420 grammes et mesure 0 m. 40 centimètres.

Après |la sortie de la tête, au moment de l'expulsion du tronc, il y eut un écoulement de sang noirâtre assez considérable. Derrière le fœtus, 150 grammes de caillots furent expulsés.

Le placenta, circulaire, pèse 270 grammes ; les membranes sont complètes et mesurent 26/10.

La face utérine du placenta présente deux dépressions au niveau desquelles se trouvaient probablement les caillots qui furent expulsés derrière le fœtus. A la coupe on trouve deux foyers hémorrhagiques très anciens, fibrineux, l'un gros comme une noisette, l'autre gros comme une noix. On trouve encore des foyers plus récents, mais moins nets qu'on ne le voit d'habitude. Il y a seulement coloration plus noire du placenta à leur niveau et friabilité plus grande du tissu placentaire. A la périphérie du placenta on trouve aussi des cotylédons atrophiés.

Les suites de couches sont normales. La femme sort le 6 mars n'ayant plus d'albumine dans les urines.

Tous les symptômes relatés dans les observations précédentes ont été retrouvés ici : hémorrhagie, tension de l'utérus, tension des membranes. Il n'est pas parlé cependant,

de l'augmentation rapide du volume du ventre ; ce fait s'explique par l'apparition des premiers accidents en dehors de l'hôpital.

La mensuration des membranes, 26/10, indique clairement qu'il ne peut s'être agi d'une insertion vicieuse du placenta, et la présence de foyers hémorrhagiques récents dans l'épaisseur de ce dernier fait penser à l'origine de l'hémorrhagie rétro-placentaire bien qu'on n'ait pas noté d'orifice de communication entre les deux hématomes.

Observation IX. — *Hémorrhagie par décollement prématuré du placenta normalement inséré chez une albuminurique. — Mort de la femme* (recueillie à la clinique Baudelocque).

La nommée C..., domestique, âgée de 25 ans, est apportée le 1er juillet 1891 à la clinique Baudelocque.

Elle est accouchée une première fois, au terme de six mois et demi, paraît-il, d'un enfant mort ; elle aurait déjà eu une hémorrhagie au moment de cet accouchement.

Elle a eu ses dernières règles le 26 novembre 1890 et est par conséquent enceinte de 6 mois et demi à 7 mois. La grossesse n'a pas présenté de grandes particularités, si ce n'est quelques maux de tête et de l'enflure des membres inférieurs.

Cette femme, souffrant depuis quelques jours du ventre, se rend à l'hôpital Beaujon pour se faire examiner. L'examen, pratiqué immédiatement, donna lieu à une hémorrhagie pour laquelle on lui fit garder le lit environ deux heures ; on la ranima avec des grogs. Un second examen pratiqué donna lieu à une seconde hémorrhagie et on fit alors transporter la femme en voiture à la clinique Baudelocque.

Pendant le trajet elle perdit une quantité de sang énorme et c'est dans un état d'anémie extrême, sous la menace d'une syncope, qu'elle fut transportée à la salle de travail. Les vêtements étaient inondés de sang.

Mlle Roze l'examine aussitôt et trouve : un utérus remontant à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, régulier, mais constamment tendu, d'une dureté ligneuse qui s'exagère encore au moment des contractions utérines ; ces contractions surviennent toutes les minutes. L'auscultation ne donne aucun résultat.

Le vagin est rempli de caillots et il s'écoule du sang par la vulve.

Le col est dur, long, à peine perméable aux doigts ; le segment inférieur est tendu et fait une saillie hémisphérique dans le vagin.

Mlle Roze pense à une hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta et perfore immédiatement les membranes très largement. La perforation est assez difficile à cause du faible degré de perméabilité du col ; les membranes étaient très tendues. Il s'écoule du liquide amniotique coloré en rouge par le sang épanché dans le vagin. Après cette perforation la tête appuie sur l'orifice interne ; l'hémorrhagie s'arrête.

En examinant ensuite la femme plus complètement on constate que les membres inférieurs sont légèrement œdématiés. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

On cherche à ranimer la malade avec des grogs. A une heure et demie M. Potocki examine la femme, et comme elle perd un peu de sang il essaie d'introduire le ballon de M. Champetier ; cette introduction est impossible à cause de la dilatabilité insuffisante du col et à cause de la tension permanente de l'utérus. Il se contente d'introduire un ballon de M. Tarnier, ayant pour effet de boucher le col et d'en amener la dilatation. Cette introduction fut facile et pendant les manœuvres il s'écoula de 100 à 150 grammes de sang.

A 3 heures du soir la femme perd un peu de sang. Mlle Roze exerce quelques tractions sur le ballon Tarnier, il est entraîné. On fait alors immédiatement une injection vaginale très chaude et l'hémorrhagie s'arrête.

A 6 heures du soir la température est de 37°2. L'affaiblissement de la malade fait des progrès et elle réagit de moins en moins.

A 10 heures du soir la température est de 35°8 et le pouls est à 140 quoique la femme n'ait plus perdu de sang. Le travail a marché progressivement. A 10 heures quarante la femme expulse spontané-

ment un enfant mort depuis quelques heures et pesant 1030 grammes. En même temps que l'enfant et un peu après lui, il s'est échappé des organes génitaux une assez grande quantité de sang noirâtre et de caillots dont l'épanchement dans l'utérus paraît remonter à quelques heures.

M. Potocki appelé immédiatement trouve le fond de l'utérus dépassant l'ombilic de deux travers de doigt ; la femme est pâle et froide. Il prie Mlle Roze de procéder sans retard à la délivrance.

Le placenta est décollé et passé en entier dans le vagin ; il est extrait sans peine. Derrière lui l'expression fait couler 640 grammes de caillots et de sang noirâtre.

Le placenta contient d'anciens foyers hémorrhagiques.

L'utérus reste mou ; il n'y a qu'un suintement insignifiant ; on fait une injection intra-utérine très chaude au naphtol.

L'état de la femme est des plus graves ; elle se refroidit de plus en plus, et malgré les soins qui lui sont donnés, frictions, compression des membres, respiration artificielle, éther, alcool, elle succombe à une heure du matin.

On voit, dans cette observation, que le premier diagnostic auquel on pensa fut celui d'insertion vicieuse du placenta, mais à ce moment on n'avait pas encore constaté la présence de l'albumine dans les urines. On voit aussi que l'hémorrhagie abondante s'est arrêtée après la perforation large des membranes, et que sous l'application du ballon Tarnier le travail a été activé.

Comme dans l'observation IV, la mort de la femme peut être attribuée à la grande quantité de sang perdue avant toute intervention. La présence de caillots sanguins derrière le placenta et celle de foyers hémorrhagiques dans son épaisseur montre bien qu'il s'est agi d'une hémorrhagie rétro-placentaire, bien que dans l'examen du placenta il ne soit pas fait mention, peut-être par suite d'un examen

insuffisant, d'orifice faisant communiquer les deux hématomes.

Observation X. — *Femme albuminurique. — Décollement prématuré du placenta. — Hémorrhagie rétro-placentaire* (recueillie à la clinique Baudelocque).

La nommée P... âgée de 32 ans, passementière, est entrée à la clinique Baudelocque le 23 février 1892 à 9 heures du soir.

Elle a eu déjà six grossesses ; la deuxième seule a amené un enfant vivant et à terme. Dans les 5 autres elle a mis au monde, avant terme, des enfants morts et macérés.

Les dernières règles ont eu lieu du 12 au 20 septembre 1891.

Vers une heure de l'après-midi, cette femme en allant à la garde-robe, a ressenti une vive douleur et a perdu une quantité de sang assez grande, dit-elle, mais elle ne peut l'évaluer. Depuis ce moment jusqu'à 9 heures du soir l'hémorrhagie a continué abondante ; c'est alors qu'elle se fait transporter à la clinique Baudelocque ; on lui fait des injections très chaudes et l'hémorrhagie s'arrête.

Cette femme n'a pas d'œdèmes, mais les urines contiennent une assez grande quantité d'albumine. L'utérus offre une consistance ligneuse.

Le 24 février à 10 h. 20 du matin, M. Pinard constate : que le col est effacé, l'orifice admet l'extrémité de l'index ; la poche des eaux est tendue constamment. M. Pinard, d'après les renseignements qui lui sont fournis et après l'examen de cette femme, porte le diagnostic d'hémorrhagie rétro-placentaire.

A 3 heures du soir, la femme perdant un peu de sang, M. Lepage rompt les membranes ; le liquide amniotique est en petite quantité ; il est fortement teinté de sang. Les douleurs deviennent de plus en plus fréquentes, et à 3 h. 25 le fœtus est expulsé mort. Il pèse 520 grammes.

Quinze minutes après l'expulsion du fœtus, deux violentes contractions utérines ont chassé un énorme caillot. On fait un peu d'expression utérine ; il sort une grande quantité de caillots et immé-

diatement après le placenta. Tous ces caillots pèsent environ 560 grammes.

Le placenta présente dans son épaisseur des foyers hémorrhagiques ; l'un d'eux atteint la face utérine du placenta par un orifice facilement visible.

Après l'accouchement l'albumine a diminué rapidement chez cette femme et le 1er mars ses urines n'en présentaient plus trace.

On peut voir dans cette observation que notre maître, M. Pinard, d'après les symptômes décrits, porta le diagnostic ferme de décollement prématuré du placenta et que l'exactitude de ce diagnostic fut vérifiée après la délivrance. C'est la première de nos observations où le diagnostic ait été fait d'une façon précise.

On peut y voir aussi combien, après avoir arrêté l'hémorrhagie, la rupture artificielle des membranes a hâté la délivrance de la mère.

Observation XI. — *Décollement prématuré du placenta. — Femme albuminurique. — Enfant mort et macéré* (recueillie à la clinique Baudelocque).

La nommée G... est entrée le 1er mars 1892 à la clinique Baudelocque. C'est une multipare ; les deux premières grossesses ont amené à terme des enfants vivants ; les trois dernières ont amené des enfants morts.

Les dernières règles ont eu lieu du 4 au 9 juillet 1891 ; c'est donc une grossesse de 6 mois 1/2 environ.

Cette femme offre un œdème considérable des membres inférieurs. Elle a eu des épistaxis pendant les derniers mois de sa grossesse.

L'urine contient 4 grammes d'albumine par litre. Cette femme est entrée à la clinique parce qu'elle éprouvait de vives douleurs dans l'abdomen ; elle ne perd pas et n'a pas perdu de sang ; elle accuse une grande sensibilité du ventre quand on essaie de la palper.

Ce palper ne donne aucun résultat car l'utérus est d'une consistance ligneuse ; à l'auscultation on n'entend aucun bruit du cœur fœtal.

Au toucher le segment inférieur a une consistance ligneuse ; le col est long et dur ; on ne sent aucune partie fœtale. En introduisant le bout du doigt dans le col on sent les membranes extrêmement tendues.

Mlle Roze pense à une hémorrhagie rétro-placentaire bien que la femme ne perde pas de sang.

Cette femme est soumise au régime lacté.

Le 2 mars, la consistance ligneuse de l'utérus si appréciable la veille a en partie disparu ; la parturiente ne perd pas de sang ; la température est bonne et le pouls normal.

M. Pinard examine la femme et diagnostique un décollement prématuré du placenta.

Le travail marche lentement.

Sous l'influence du régime lacté, le 3 mars l'albumine n'est plus que de 0 gr. 75 centigrammes par litre.

L'enfant se présente par l'épaule. Le 4 mai à 8 h. 1/2 du matin, la dilatation étant complète, les membranes se rompent spontanément ; il sort un liquide amniotique brun. L'enfant étant mort M. Pinard pratique l'embryotomie à l'aide des ciseaux de Dubois ; l'enfant du sexe mâle pèse 2300 grammes ; il est macéré.

Quinze minutes après le placenta est expulsé spontanément ; il pèse 450 grammes ; derrière lui sort une masse de caillots anciens pesant 550 grammes.

Sur un des bords du placenta, à l'endroit où a eu lieu l'hémorrhagie, il existe une forte dépression, et dans l'épaisseur du placenta on trouve de nombreux foyers hémorrhagiques récents et quelques-uns d'anciens.

Sur la face utérine, outre la dépression produite par l'hémorrhagie rétro-placentaire on aperçoit 3 ou 4 orifices cratériformes à bords coupés comme à l'emporte-pièce et qui conduisent dans de gros et petits foyers hémorrhagiques récents.

Cette observation est la seule de toutes celles que nous ayons pu recueillir où l'hémorrhagie ait été exclusivement interne, ce qui était une difficulté de plus pour le diagnostic. On peut voir cependant que M. Pinard fit le diagnostic de décollement prématuré du placenta, et cela grâce à la présence des principaux symptômes que nous avons retrouvés constamment dans toutes les observations, c'est-à-dire : dureté de l'utérus, urines albumineuses, enfant mort, tension de la poche des eaux, etc...

Le placenta comme celui de la précédente observation montre bien l'origine de l'hémorrhagie.

Dans toutes les observations que nous avons étudiées jusqu'ici, le décollement du placenta a eu lieu chez des femmes albuminuriques ; il nous reste à citer deux cas où la cause de cet accident ne fut autre que la brièveté du cordon, naturelle ou accidentelle.

Observation XII. — *Décollement du placenta par brièveté accidentelle du cordon* (M. Pinard, *leçon* du 20 novembre 1891 *à la clinique Baudelocque*).

La nommée X..., grande multipare, fut apportée le 9 mai 1884 à l'hôpital Lariboisière. Cette femme en était à sa onzième grossesse et à 8 mois 1/2 de cette dernière grossesse. Elle avait toujours été bien portante jusqu'à ce jour. En ramassant de l'herbe, à Aubervilliers, elle fut prise tout à coup d'une grande douleur de ventre et perdit du sang. On la transporta à l'hôpital Bichat, puis de là chez une sage-femme, et enfin à l'hôpital Lariboisière où elle arriva exsangue.

On fit tout d'abord le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, et en l'absence de M. Pinard on pratiqua le tamponnement, mais

malgré les soins qui lui furent donnés, cette femme mourut 12 heures après.

En pratiquant l'autopsie, on trouva l'œuf intact et décollé de toutes parts. L'ouverture pratiquée dans l'œuf permit de voir que le cordon ombilical faisait un nœud autour du pied de l'enfant.

Cette observation ne laisse aucun doute sur le mode de production du décollement placentaire. L'enfant par ses mouvements actifs avait exercé des tiraillements sur le cordon et il s'en était suivi une hémorrhagie ayant amené sa mort et celle de sa mère.

Observation XIII. — *Décollement prématuré du placenta normalement inséré, par brièveté du cordon.* — (Pinard et Varnier, *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique.* Paris, 1892).

Au mois de mai 1890, M. le Dr Ribemont-Dessaignes fit apporter à la clinique Baudelocque l'utérus d'une multipare qui, prise brusquement au 8e mois de sa grossesse d'une hémorrhagie formidable, fut amenée exsangue à la Maternité de l'hôpital Beaujon. Le fœtus était mort à l'arrivée de la femme ; on fit le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, et le col paraissant commencer à se dilater, on rompit les membranes et l'on pratiqua le tamponnement. La femme succomba quelques instants après.

L'utérus, dont l'aspect extérieur ne présentait rien d'anormal, fut mis à congeler pendant 24 heures, puis scié suivant son plan médian antéro-postérieur.

La planche jointe à notre observation représente la moitié droite de la coupe.

La hauteur maxima de l'utérus, sectionné en bas à 1 centimètre à gauche du canal cervical qui mesure 3 cent. 5 de l'orifice interne à l'externe, est de 23 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur maximum, à peu près au niveau de sa partie moyenne, est de 11 cent. 5. Le fœtus, dont le dos regarde à gauche, a été intéressé par la coupe de la façon suivante : la tête est coupée un peu obliquement d'un

côté à l'autre, de telle sorte qu'en arrière (par rapport à l'utérus supposé en place) la section est un peu plus rapprochée de l'occiput qu'en avant (2 cent. 3 en avant du tragus gauche ; 3 centimètres en avant du tragus droit) ; elle va dans le sens vertical, de la bouche à la partie moyenne de la suture sagittale, à 5 centimètres en avant de la fontanelle postérieure ; on voit sur la coupe, la cavité buccale, les incisives supérieures, la cloison nasale ; l'œil droit a été tranché par le milieu, tandis que la scie a passé en arrière de l'œil gauche.

De bas en haut, la coupe intéresse ensuite le bras droit, la paroi antéro-latérale droite de l'abdomen, l'articulation coxo-fémorale droite, l'ampoule rectale, l'anus et le pied gauche. Les différentes parties fœtales sont tassées au maximum les unes contre les autres et contre la paroi utérine (segment inférieur presque en totalité et paroi antérieure).

Ce tassement est tel que le pied gauche se creuse une profonde niche dans la fesse à laquelle il est appliqué et qu'il ne reste presque pas d'espace libre, soit entre les segments du fœtus, soit entre le fœtus et la paroi. En particulier, la tête s'applique étroitement contre la paroi du segment inférieur, bouchant exactement toute communication entre la cavité utérine et l'extérieur.

Le tassement du fœtus contre la paroi antérieure est porté au point que, sur la coupe, il n'occupe que 5 centimètres environ sur les 9 centimètres de cavité utérine, soit un peu plus de la moitié antérieure. Tout le reste est rempli, sauf au niveau du segment inférieur, par le placenta décollé et un énorme hématome rétro-placentaire. Le placenta qui était inséré sur la paroi postérieure jusqu'à environ 6 centimètres de l'orifice interne est en totalité, sur la coupe antéro-postérieure, séparé de sa zone d'insertion. Ses deux extrémités se terminent en pointe pour se continuer avec les membranes qui tapissaient, d'une part la paroi antéro-supérieure jusqu'au voisinage de l'orifice interne et qui sont, elles aussi décollées, comme nous allons le dire dans un instant.

Ce placenta mesure de son bord supérieur à l'inférieur 16 cent. 4 ; son épaisseur oscille entre 1 cent. 8 et 8 millimètres ; par sa face fœtale il se moule exactement sur le contour sinueux du fœtus auquel

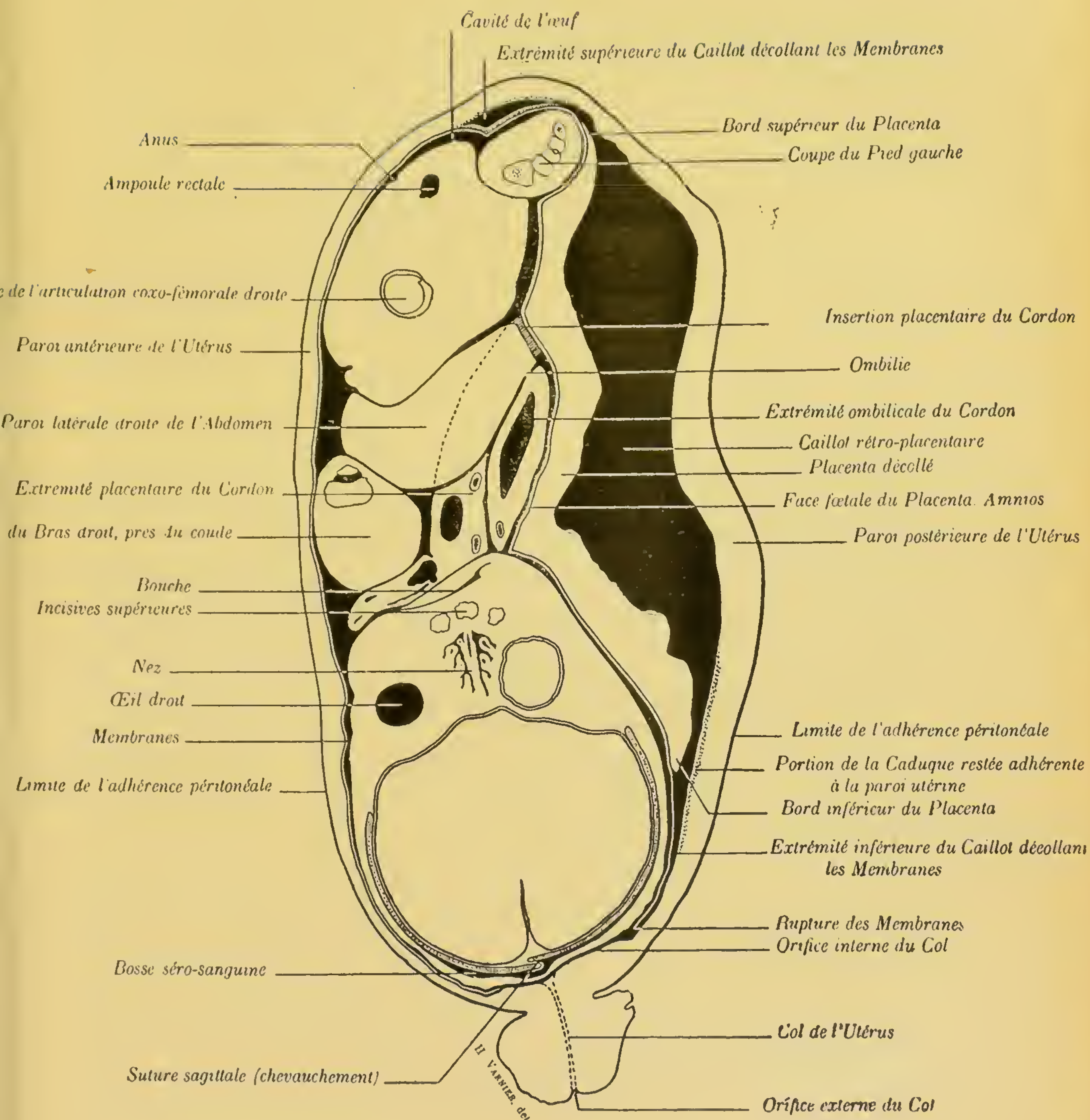

Cavité de l'œuf
Extrémité supérieure du Caillot décollant les Membranes
Anus
Ampoule rectale
Bord supérieur du Placenta
Coupe du Pied gauche
de l'articulation coxo-fémorale droite
Paroi antérieure de l'Utérus
Insertion placentaire du Cordon
Ombilic
Paroi latérale droite de l'Abdomen
Extrémité ombilicale du Cordon
Caillot rétro-placentaire
Placenta décollé
Extrémité placentaire du Cordon
Face fœtale du Placenta. Amnios
du Bras droit, près du coude
Paroi postérieure de l'Utérus
Bouche
Incisives supérieures
Nez
Œil droit
Membranes
Limite de l'adhérence péritonéale
Limite de l'adhérence péritonéale
Portion de la Caduque restée adhérente à la paroi utérine
Bord inférieur du Placenta
Extrémité inférieure du Caillot décollant les Membranes
Rupture des Membranes
Orifice interne du Col
Bosse séro-sanguine
Col de l'Utérus
Suture sagittale (chevauchement)
Orifice externe du Col
H. Vannier, del.

Fig. 3.

il est étroitement appliqué ; par sa face utérine, irrégulièrement découpée, il se moule sur un caillot qui le sépare de son ancienne zone d'insertion et qui, épais à son centre où il atteint jusqu'à 3 cent. 6 (minimum 2 centimètres), s'effile en pointe vers les bords supérieurs et inférieurs du placenta.

Il ne s'arrête pas au niveau du bord supérieur ; là il se prolonge encore entre la paroi utérine et les membranes décollées, jusqu'à près de 3 centimètres plus loin, où il est arrêté par l'adhérence des membranes à la paroi antérieure, adhérence qui, de ce côté, se maintient jusqu'à 1 cent. 5 de l'orifice interne du col où se trouve la lèvre antérieure de l'orifice membraneux.

Au niveau du bord inférieur, le caillot se prolonge en pointe jusque dans le canal cervical, décollant les membranes jusques et y compris le rebord postérieur de l'orifice de rupture, s'insinuant ensuite entre la tête fœtale et la paroi du segment inférieur. C'est la voie qu'a suivie le sang pour s'écouler au dehors avant la rupture des membranes. Il n'y a pas de sang dans la cavité de l'œuf. Entre le caillot et la paroi musculaire postérieure de l'utérus, on voit très nettement à la loupe la portion non caduque de la muqueuse utérine. L'hémorrhagie s'est donc faite au niveau de la ligne de clivage inter-utéro-placentaire.

L'épaisseur de la paroi utérine atteint son maximum au niveau de la zone d'insertion placentaire, où elle oscille entre 8 millimètres, 1 centimètre et 1 cent. 2 sur la partie moyenne de la face postérieure, au centre de cette zone ; elle va ensuite en diminuant un peu, à mesure qu'on approche, soit de l'orifice interne, soit du fond où elle n'a plus que 5 millimètres. Puis sur toute la partie supérieure de la paroi antérieure, là où elle subit le maximum de pression fœtale, elle tombe à 4 millimètres pour atteindre son minimum 3 millimètres au niveau du segment inférieur distendu par l'extrémité céphalique.

Reste à parler de la disposition du cordon. La coupe a porté à la fois, fort heureusement pour l'intelligence de la pièce, sur l'insertion placentaire et sur l'insertion ombilicale du cordon dont elle a sectionné en long 4 cent. 7 du bout ombilical et 5 cent. 5 du bout

placentaire dont 4 cent. 2 se dérobent derrière la paroi droite de l'abdomen pour aboutir au placenta. Or l'ombilic du fœtus et l'insertion placentaire du cordon sont étroitement accolés l'un à l'autre et la seule constatation de ce fait permet de soupçonner la cause du décollement, la brièveté du cordon que démontre la dissection de la moitié gauche de la coupe.

Nous terminerons ici cette citation et nous nous contenterons d'ajouter que : dans une série d'autres coupes que les auteurs ont faites, ils ont pu voir le cordon enserrant étroitement la nuque du fœtus, de telle sorte qu'il était impossible de le faire passer par-dessus les épaules. La longueur de cette boucle était de 21 centimètres et la longueur totale du cordon de 35 centimètres.

Cette observation avec planches à l'appui est le premier document anatomique figuré qui démontre de façon irréfutable le décollement prématuré total par suite de la brièveté du cordon du placenta normalement inséré.

Étiologie et Pathogénie.

Parmi les causes invoquées comme pouvant produire le décollement prématuré du placenta normalement inséré, on a fait jouer un rôle à la multiparité, au tempérament lymphatique, à la congestion de l'utérus, aux traumatismes, etc... sans cependant pouvoir en apporter de preuves anatomiques.

Si nous consultons les 13 observations seules suffisamment détaillées que nous avons pu recueillir, nous voyons que 11 d'entre elles ont trait à des femmes profondément albuminuriques, avec ou sans éclampsie, avec ou sans antécédents de néphrite.

Nous savons aujourd'hui quelle est l'influence exercée sur le placenta par l'albuminurie de la mère ; de plus l'analyse rapide de nos observations a pu nous permettre de voir la coexistence des hémorrhagies intra et rétro-placentaires ; nous nous croyons donc autorisé à placer l'albuminurie au premier rang des causes du décollement prématuré du placenta.

Pour établir ce premier point de pathogénie, il est nécessaire de faire en quelques mots l'histoire des hémorrhagies intra-placentaires. Cet accident a un rapport si étroit avec la question qui nous occupe que nous ne croyons pas possible de le passer sous silence.

C'est en 1864 que la question du rapport de l'apoplexie placentaire avec l'albuminurie avait été posée par le

Dr Moir, à propos d'une femme albuminurique accouchée à terme d'un enfant macéré et dont le placenta, réduit des deux tiers, formait une masse fibreuse, blanche et dure.

En 1879, Chantreuil fait à l'Hôpital des cliniques une leçon sur les hémorrhagies utérines et placentaires liées à l'albuminurie ; il pose à nouveau la question soulevée par le Dr Moir, mais sans la résoudre. Il raconte l'observation d'une dame albuminurique qui eut une hémorrhagie au 5e mois, une deuxième au 8e mois, accoucha à cette époque et eut une troisième hémorrhagie après la délivrance. « En examinant le placenta, on vit qu'il était rempli, dans une grande étendue, de foyers apoplectiques de différents âges, analogues à ceux que l'albuminurie produit dans divers organes. Il n'est pas douteux que ce soit le sang épanché entre l'œuf et l'utérus qui se soit fait jour à l'extérieur en décollant les membranes de proche en proche ».

Puis plus loin il ajoute : « moi je crois que par elle-même l'albuminurie n'a aucune influence sur la nutrition du fœtus, mais l'apoplexie placentaire qui résulte quelquefois de l'albuminurie a une influence manifeste ».

En 1885 Fehling, dans une note communiquée au congrès de Strasbourg et publiée en 1886, s'appuyant sur 5 observations, classe d'une façon définitive les lésions rénales de la mère parmi les causes habituelles de la mort du fœtus, par défaut de nutrition dû au farcissement du placenta par des infarctus blancs.

En même temps, notre maître M. Pinard poursuivait, de son côté, ses recherches sur ce sujet et en publiait le résultat, le 17 février 1887, dans la thèse inaugurale de son élève le Dr Rouhaud. Enfin en 1891, un autre élève de

M. Pinard, le Dr Cagny, dans un relevé fait à la clinique Baudelocque pendant les années 1890 et 1891, montre la fréquence de cet accident chez les albuminuriques, et quelles en peuvent être les conséquences pour le fœtus.

Telle est, résumée brièvement, l'histoire des hémorrhagies intra-placentaires ; il nous reste à montrer quelles sont les relations étroites qui unissent cet accident au décollement prématuré du placenta.

Avant la communication de Fehling, Winter avait déjà rangé l'albuminurie, la néphrite, parmi les causes de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il en publiait trois observations que nous avons résumées, et dans lesquelles il insistait sur cette cause. « Il n'est pas encore possible, disait-il, d'expliquer la connexion existant entre le décollement prématuré et la néphrite, mais comme l'existence étiologique de la néphrite dans ce cas n'est pas niable, mon intention était d'appeler l'attention sur ce point des plus intéressants ».

A cette époque Winter ne semblait pas avoir aperçu l'origine de ces grandes hémorrhagies, mais la coupe qu'il a publiée en 1889 et que nous avons reproduite à l'observation VII montre bien l'origine de l'hémorrhagie. Le rameau de l'hématome intra-placentaire, qu'on voit sur la coupe s'avancer jusqu'à la face fœtale du placenta, prouve surabondamment que l'hémorrhagie avant de s'être étendue entre l'utérus et le placenta avait commencé par être intra-placentaire.

Nous en avons encore d'autres preuves dans les observations X et XI. L'examen attentif du placenta a pu permettre de voir, non seulement les hématomes intra-placentai-

res, mais encore les orifices de communication de ces petits hématomes avec le siège principal rétro-placentaire de l'hémorrhagie.

Ces observations nous semblent probantes et ne laissent aucun doute sur l'origine de l'hémorrhagie rétro-placentaire.

L'existence de foyers anciens dans l'épaisseur du placenta montre bien qu'il s'était fait à différentes époques de petites hémorrhagies, sans gravité en elles-mêmes (abstraction faite de leur nombre), tant qu'elles sont restées intra-placentaires ; puis quelques-uns de ces foyers ont atteint la face utérine du placenta et l'utérus en produisant un premier décollement qui a amené la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires ; il s'en est suivi une augmentation de l'hémorrhagie et par le même mécanisme une étendue du décollement produisant ces accidents formidables qui amènent constamment la mort de l'enfant et souvent aussi celle de la mère.

Le rôle de l'albumine dans la production du décollement prématuré du placenta nous semble donc parfaitement démontré.

Il nous reste à parler d'une deuxième cause de cet accident, cause très rare il est vrai, et qui a été longtemps niée : c'est la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon ombilical.

Mauriceau le premier avait admis cette cause. Dans son *Traité des maladies des femmes grosses* il dit : « J'ai souvent remarqué que la longueur du cordon de l'ombilic, étant beaucoup raccourcie par plusieurs contours qui environnent quelquefois le col de l'enfant, fait pour lors que l'enfant, qui est ainsi bridé par ce cordon, ne peut pres-

que se remuer qu'il ne tiraille l'arrière-faix où il est attaché et n'en fasse en même temps un détachement d'avec la matrice, qui cause aussitôt une perte de sang d'autant plus grande et dangereuse que ce détachement est grand. »

Jacquemier ne l'admet pas : « Avant la rupture des membranes, dit-il, il est à peu près impossible que la brièveté du cordon, soit naturelle soit accidentelle, trouble le travail et devienne une cause de danger pour le fœtus ».

Après Jacquemier, on ne trouve plus rien dans les auteurs qui ait rapport à cette cause de décollement prématuré du placenta ; et cependant la brièveté du cordon peut produire des accidents formidables pendant la grossesse, accidents pouvant tuer à la fois la mère et l'enfant.

Nous en avons pour preuve l'observation XII précédemment rapportée. Cette observation ne laisse aucun doute sur le mode de production du décollement placentaire. L'enfant, par ses mouvements actifs, avait exercé des tiraillements sur le cordon et il s'en était suivi une hémorrhagie ayant amené sa mort et celle de sa mère.

Enfin l'observation XIII, avec planche à l'appui, est une preuve irréfutable de la production de cet accident.

Dans ce cas, la brièveté naturelle du cordon, qui ne mesurait que 35 centimètres, était encore augmentée par la présence d'une anse autour du cou de l'enfant.

Nous terminerons ce chapitre en disant : l'albuminurie et la brièveté du cordon sont actuellement les deux causes de décollement prématuré du placenta normalement inséré pour lesquelles la preuve anatomique ait été faite. Toutes les autres causes invoquées jusqu'ici doivent être révoquées en doute, au moins jusqu'à ce qu'il en ait été donné des preuves irréfutables.

Anatomie pathologique.

Le placenta, dans les cas de décollement prématuré, présente un aspect caractéristique.

La surface utérine est, dans l'étendue du décollement, recouverte de caillots adhérents. Si on les enlève, on trouve au-dessous le placenta notablement moins épais que dans les autres parties. Il est en ce point affaissé, comprimé, et si l'hémorrhagie remonte à une date un peu éloignée, il est jaunâtre et converti en un tissu fibreux.

Autour de cette partie déprimée et amincie, on trouve généralement une zone de tissu placentaire plus ou moins congestionné, laquelle zone se continue avec le tissu sain. Au milieu de ce dernier il est constant de trouver des foyers hémorrhagiques anciens et récents. Quant au siège de l'épanchement il n'a rien de fixe ; tantôt c'est à la partie centrale que commence le décollement ; puis le sang décolle de proche en proche les parties avoisinantes et arrive jusqu'auprès de la circonférence du placenta sans cependant l'atteindre. Dans ce cas il n'y a pas d'hémorrhagie externe, toute la circonférence du placenta restant adhérente.

Cet écartement entre les parois utérine et placentaire peut être assez considérable pour donner place à une quantité de sang capable d'occasionner la mort de la mère. Nous en avons pour preuve l'observation rapportée par Baudelocque. Cazeaux cite une observation analogue. Il s'agit d'une femme qui, arrivée au terme de sa grossesse, eut une

syncope à laquelle elle succomba. A l'autopsie on trouva que le centre du placenta était seul décollé, les bords restant complètement adhérents de manière à former une poche qui contenait environ 1 litre 1/2 de sang.

Les bords du placenta, au lieu de rester adhérents, peuvent céder à la pression et se décoller à leur tour ; le sang s'insinue alors entre les membranes de l'œuf et l'utérus et il se produit une hémorrhagie externe. Il suffit d'examiner la planche annexée à l'observation VII pour s'en rendre compte.

L'hémorrhagie interne peut être considérable avant de devenir externe. Dans l'observation I empruntée à Winter, où l'abondance de l'hémorrhagie externe avait nécessité un tamponnement, on trouva que le placenta était en totalité aplati et réduit, sauf sur une portion de la largeur d'un doigt et comprenant la moitié de la périphérie de cet organe.

D'autre part, bien que le décollement ait commencé par la partie centrale, l'hémorrhagie interne peut ne pas être très considérable, contrairement à l'hémorrhagie externe qui prend alors la plus grande importance.

Il est des cas où le décollement, au lieu de débuter par la partie centrale, débute par la portion marginale et, même alors, il peut ne pas être suivi d'hémorrhagie externe. C'est ce que nous montre l'observation XI. La dépression caractéristique du décollement était située sur le bord du placenta et avait pu donner place à une quantité de sang évaluée à 350 grammes.

En résumé, le décollement peut donc commencer par tous les points du placenta et l'hémorrhagie peut être

exclusivement interne, non seulement lorsque le décollement a lieu à la partie centrale, mais même lorsqu'il a lieu à la partie marginale.

Il serait intéressant de savoir sur quelle partie du placenta portent les lésions vasculaires, origine première de l'hémorrhagie intra-placentaire.

On ne discute à l'heure actuelle quece point : les lésions vasculaires portent-elles primitivement sur les vaisseaux de la mère ou sur ceux du fœtus ?

Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette question, il faut citer : Wiedow, Cohn et surtout Rossier. Ce dernier auteur dont le travail a été résumé dans la thèse du Dr Caigny estime que si de nouvelles recherches viennent confirmer les siennes, il y aura lieu de rapporter les hémorrhagies intra-placentaires des albuminuriques, aux lésions des vaisseaux de la caduque et non plus à celles des vaisseaux fœtaux. C'est une opinion que professe depuis longtemps notre maître M. Pinard.

Il serait à désirer que de nouvelles recherches vinssent jeter une lumière définitive sur ce point actuellement débattu.

Symptômes et Diagnostic.

Nous emploierons dans ce chapitre la même méthode que celle dont nous nous sommes servi jusqu'ici, c'est-à-dire que nous nous bornerons à l'étude des symptômes qui ont été relatés dans les observations que nous avons pu recueillir et qui ont été rapportées au début de ce travail.

Nous voyons dans ces observations qu'on peut être appelé à faire le diagnostic dans plusieurs cas. Le plus fréquent est celui dans lequel on se trouve en présence d'une malade qui dans les derniers mois de sa grossesse a été subitement prise d'une hémorrhagie externe abondante ; nous disons avec intention, externe, car il est rare qu'on songe tout d'abord à l'épanchement interne qui a précédé l'apparition du sang à l'extérieur.

Cette hémorrhagie a pu survenir sans douleur, ou bien être accompagnée de violentes douleurs dans les reins ou l'abdomen. Le premier diagnostic qui se présente à l'esprit est celui d'insertion vicieuse du placenta ; c'est d'ailleurs le diagnostic que l'on portait constamment en pareil cas, il y a à peine quelques années ; mais par un examen plus attentif on découvrira des symptômes qui font défaut dans l'insertion vicieuse du placenta.

Le plus important, croyons-nous, est la dureté anormale de l'utérus ; certains observateurs la veulent pâteuse ; d'autre la veulent ligneuse. Nous ne nous prononcerons pas sur ce point, car les deux états ont pu être rencontrés ; nous

constaterons seulement que dans la majorité de nos observations c'est la dureté ligneuse qui a été observée. Cette dureté de l'utérus empèche de sentir les parties fœtales ; elle est accompagnée d'une augmentation de volume du ventre qui dans certains cas (observation III) s'est produite sous les yeux mêmes de l'accoucheur. Dans d'autres observations il est fait seulement mention d'une disproportion notable entre le volume de l'abdomen et l'époque de la grossesse.

Nous croyons, pour notre part, que si cette augmentation brusque de l'utérus n'est pas notée plus souvent, c'est qu'elle se produit en même temps que survient l'hémorrhagie et que l'accoucheur n'est généralement appelé qu'après le début des accidents.

Un des symptômes qui frappent le plus l'observateur, est l'état d'anémie grave où se trouve généralement la malade : elle a le facies décoloré et est en imminence de syncope. Le pouls est à peine perceptible ; il bat jusqu'à 140 fois par minute ; la température est souvent au-dessous de la normale. On se trouve enfin en présence de tous les signes propres aux grandes hémorrhagies, bien que la perte de sang à l'extérieur ait pu n'être que peu considérable.

A l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur, et s'il s'est écoulé un certain temps entre le début des accidents et le moment où l'on est appelé à examiner la malade, cette dernière vous apprend que la cessation des mouvements du fœtus a coïncidé avec le début des dits accidents.

En pratiquant le toucher, on trouve le col dur, ainsi que le segment inférieur ; si le travail est commencé le doigt

n'arrive pas à sentir le placenta, mais en revanche il rencontre la poche des eaux constamment bombée et tendue.

Cet ensemble de symptômes se retrouvant dans toutes les observations, l'esprit de l'observateur devra donc être mis en éveil, et si alors, portant son attention sur l'analyse des urines, il y trouve de l'albumine, il sera en droit, croyons-nous, après ce que nous avons vu au chapitre de la pathogénie, de porter le diagnostic de décollement prématuré du placenta.

Si la malade a eu des attaques d'éclampsie ou même si elle se trouve dans le coma éclamptique au moment où survient l'hémorrhagie, le diagnostic sera généralement plus facile, car dans ce cas l'idée de l'albuminurie s'impose, alors que dans les autres elle peut ne pas se présenter à l'esprit du praticien souvent troublé par un ensemble de symptômes justement effrayants.

Tels sont les deux cas qui se présentent le plus souvent.

Dans un troisième, nous voyons que la malade est entrée à l'hôpital parce qu'elle était atteinte d'œdèmes et qu'elle avait de l'albumine dans les urines, et c'est là que sans cause apparente sont brusquement survenus les phénomènes précédemment décrits. Si l'hémorrhagie interne est accompagnée d'une hémorrhagie externe, la présence de l'albumine dans les urines aidant, le diagnostic ne doit pas offrir de difficultés ; mais si l'hémorrhagie est exclusivement interne et n'est pas d'une abondance telle que la malade présente les signes d'une anémie grave (observation XI), le praticien peut se trouver un moment embarrassé, car il peut alors se demander si la mort constatée du fœ-

tus doit être attribuée à une hémorrhagie intra-placentaire abondante ou à une hémorrhagie rétro-placentaire. C'est alors surtout qu'il faudra tenir compte des autres symptômes tels que : dureté de l'utérus, tension de la poche des eaux, etc...

Ces symptômes, comme nous l'avons déjà dit, se retrouvent dans toutes les observations et leur ensemble doit suffire pour établir le diagnostic de décollement prématuré du placenta, car nous ne croyons pas qu'ils se trouvent ainsi réunis dans aucun autre cas de la pathologie obstétricale.

Pronostic.

Le pronostic des hémorrhagies rétro-placentaires est grave pour la mère, mais il l'est encore bien plus pour le fœtus.

Sur les 106 cas recueillis par Goodel, le pronostic a été fatal 55 fois pour la mère et 6 seulement des enfants ont survécu.

Bien que nous reconnaissions la gravité de cet accident, nous croyons cependant que la proportion donnée par Goodel en ce qui concerne les mères est excessive.

Cet auteur, dans son mémoire, avait rassemblé les observations publiées de divers côtés et l'on peut admettre qu'à cette époque, ces observations n'avaient été publiées qu'en raison de leur gravité.

Si nous consultons celles que nous avons pu recueillir, nous voyons que sur onze cas d'hémorrhagies rétro-placentaires se produisant chez des albuminuriques, la terminaison fatale n'a été observée que trois fois pour la mère. Dans les deux cas où cette hémorrhagie a eu lieu par suite de brièveté du cordon, la terminaison a été fatale.

Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas de donner d'une façon ferme la proportion de mortalité. Cependant ces cinq cas de mort sur treize, en y comprenant les deux cas de brièveté du cordon, accident des plus rares, nous permettent de croire que la proportion donnée par

Goodel en ce qui concerne les mères est notablement trop forte.

Pour ce qui est du pronostic relatif aux enfants, nous acceptons pleinement la statistique de l'auteur américain, car en consultant nos treize observations, on peut voir que le pronostic a toujours été fatal pour l'enfant.

Traitement.

En présence d'une hémorrhagie par décollement prématuré du placenta, il faut examiner plusieurs cas au point de vue du traitement à instituer.

Si l'hémorrhagie est exclusivement interne et n'est pas assez abondante pour menacer la vie de la malade, on se contentera, tout en soutenant les forces de cette dernière, d'attendre la suite des événements ; car il est possible que le travail qui s'est déclaré sous l'influence de ce décollement marche assez rapidement et que l'accouchement se fasse sans donner lieu à d'autres accidents. Il est bon toutefois de soumettre la malade au régime lacté le plus absolu. Nous avons pu voir dans l'observation XI que cette conduite fut suivie avec un plein succès.

Si l'hémorrhagie est mixte, il faudra d'abord tenter de l'arrêter par des injections chaudes et si, ce qui est probable, on n'y réussit pas, on devra avoir recours à d'autres procédés.

En consultant nos observations il en est deux que nous voyons employés. Ce sont : d'une part le tamponnement et d'autre part la rupture artificielle des membranes largement pratiquée. Nous rejetons complètement le premier moyen, car il donne généralement des résultats déplorables, et cela pour les raisons suivantes : un bon tamponnement est fort difficile à bien faire et n'offre qu'une sécurité trompeuse, car le sang peut s'accumuler en grande quantité en-

tre le tampon et l'utérus ; nous en voyons un exemple dans l'observation I où malgré le tamponnement, et peut-être à cause du tamponnement, le ventre continua à augmenter de volume.

En second lieu, il est un précepte admis par tous les accoucheurs en pareil cas, c'est de hâter l'accouchement autant que possible, et pour arriver à ce but, le tamponnement est un moyen bien infidèle.

Il est enfin deux considérations qui ont bien leur valeur quoiqu'étant d'ordre secondaire ; la première, c'est que par le tamponnement les chances d'infection de la mère sont grandes, et la seconde, qu'il n'est pas toujours facile de se procurer immédiatement un tampon dans des cas où, pour être efficace, l'intervention de l'art doit être immédiate.

Le deuxième procédé est, ainsi que nous l'avons dit, la rupture artificielle des membranes faite largement. Dans bien des cas cette simple opération a suffi à arrêter l'hémorrhagie, en même temps qu'elle activait le travail : mais si elle ne suffit pas, on la fera suivre de l'application d'un ballon de M. Champetier, qui elle-même aura été précédée ou non d'un ballon de M. Tarnier, suivant l'état de perméabilité du col.

L'introduction du ballon de M. Champetier a le double avantage d'augmenter la pression intra-utérine et par là de s'opposer à l'hémorrhagie ; en second lieu elle active au maximum la dilatation et par conséquent l'accouchement. Avec ce procédé il est facile en outre de faire une antisepsie rigoureuse. C'est le procédé que nous avons toujours vu employer par notre maître M. Pinard, et nous avons pu

nous convaincre des excellents résultats qu'il a donnés à la clinique Baudelocque.

Nous n'avons pas la prétention de dire que là doive se borner désormais le traitement de l'hémorrhagie rétro-placentaire ; nous n'avons eu en vue, dans ce chapitre, que d'analyser les moyens qui ont été employés dans les observations que nous avons rapportées et d'en montrer les inconvénients ainsi que les avantages.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les causes auxquelles on a attribué la production du décollement du placenta normalement inséré, il en est deux seulement qui soient démontrées, l'une directe, l'autre indirecte, ce sont : l'albuminurie et la brièveté du cordon ombilical.

II. — Le diagnostic de cet accident, bien qu'offrant dans certains cas de grandes difficultés, peut le plus souvent être fait, car l'ensemble des symptômes observés paraît être toujours le même.

III. — Le pronostic est très sérieux pour les mères et très grave pour les enfants.

IV. — Le traitement qui donne les meilleurs résultats est la large déchirure des membranes, suivie ou non, suivant le cas, de l'application d'un ballon dilatateur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Mauriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses*, t. I, p. 130, t. II, p. 323. Paris, 1681.
Baudelocque (J.-L.). — *L'art des accouchements*, t. I, p. 373. Paris, 1796.
Mme Lachapelle. — *Pratique des accouchements*, t. II. Paris, 1821.
Baudelocque (C.-A.). — *Traité des hémorrhagies internes de l'utérus*. Paris, 1831.
Gendrin. — *Traité physiologique de médecine pratique*, t. II, p. 181. Paris, 1839.
Jacquemier. — *Manuel d'accouchements*, t. II. Paris, 1846.
Goodel. — *American Journal obstetrics*, t. II, p. 281, 1870.
Pilat. — *Annales de gynécologie*, 1874, t. I, p. 361.
Brunton. — *Journal of gr. Britain*, p. 437, octobre 1875.
Stolz. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Art. Dystocie, t. XII, p. 191, 1878.
Winter. — *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, t. XI, p. 415, 1885.
Chantreuil. — *Leçons faites à l'Hôpital des cliniques*, 1886.
Fehling. — *Arch. für Gynækologie*, 1886.
Rouhaud. — *Lésions du placenta dans l'albuminurie*. Th. doct. Paris, 1887.
Rossier. — *Klinische und histologische Untersuchungen über die Infarete der Ptacenta*. Leipzig, 1888.
Moreau. — *Du décollement du placenta inséré normalement*. Th. doct. Paris, 1888.
Winter. — *Zwei Mediansehitte dureh Gebærende*, p. 21. Berlin, 1889.
Mme Henry. — *Annales de gynéeologie et d'obstétrique*, t. XXXVI, 1891, p. 357.
Cagny. — *Hémorrhagies placentaires de l'albuminurie*. Th. doct. Paris, 1891.
Pinard et **Varnier**. — *Études d'anatomie obstétricale, normate et pathologique*. Paris, 1892.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne). 30, Passage Verdeau, Paris.